Ein Beitrag zur Lehre

von den

nervösen Magenaffectionen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

der hohen

medicinischen Facultät der Universität Rostock

eingereicht

von

Heinrich Mulert,
pract. Arzt zu Brüel.

Rostock.
Carl Boldt'sche Hof-Buchdruckerei.
1884.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553607_0092

„Die nervösen Erkrankungen des Magens und der Därme sind sehr mannigfacher Art. Obgleich sie der Aufmerksamkeit der Aerzte nicht entgingen, so dürfte doch eine detaillirtere und methodischere Bearbeitung derselben wünschenswerth sein."

Mit diesen Worten Leyden's möchte ich vorliegende Arbeit beginnen, die bestimmt ist, einen Beitrag zur Casuistik der nervösen Magenaffectionen zu liefern.

Ich gebe zuerst die Krankheitsgeschichte, welche nach den Mittheilungen der Eltern der Patientin, nach dem im Rostocker Krankenhause geführten Journal, sowie nach Aufzeichnungen des Herrn Geh. Med.-Rath Professor Dr. Thierfelder, welcher die Patientin auch nach ihrem Abgange aus dem Krankenhause noch wiederholt berathen hat, und — für die spätere Zeit des Verlaufs — nach meinen eigenen Beobachtungen zusammengestellt ist.

T. K., Tochter eines Landpfarrers, stammt von anscheinend gesunden Eltern; doch haben von den 4 Geschwistern ihrer Mutter 2, ein Bruder und eine Schwester, an schwerer Psychose, ein anderer Bruder an nervösen Beschwerden (Palpitationen mit Beängstigungen, Agrypnie, Singen und Klingen im Kopfe) gelitten. Sie selbst ist nach dem Urtheile der Eltern von mittlerer geistiger Begabung. Als jüngeres Kind war sie sehr munter, später mehr still. Schon einige Jahre vor ihrer Erkrankung erschien sie schlaffer als zuvor, war oft unaufgelegt und verdriesslich, schwer zu behandeln, sonst aber nicht krank. Um Ostern 1882, bald nach Vollendung ihres 11. Lebensjahres, trat

Verminderung des Appetits und Trägheit des Stuhlganges ein. Ueber Schmerzen klagte Patientin nicht, nur mitunter über ein Gefühl von Druck in der Herzgrube, das aber nicht durch die Nahrungsaufnahme hervorgerufen wurde. Im Laufe des Jahres 1882 ward sie von drei Aerzten untersucht, welche übereinstimmend erklärten, an keinem Organ eine krankhafte Veränderung finden zu können, und die Anwendung von Bitterbrunnen, lauwarmen Clystieren, kalten Abreibungen und diätetischen Massregeln (Milch — und später Obstdiät) verordneten. Im Herbst 1882 trat während der „Obstcur" eine geringe Besserung ein, indem der Appetit sich etwas hob und der Stuhlgang ohne sonstige Mittel erfolgte. Gegen Ende des Jahres nahmen aber die Krankheitserscheinungen wieder zu. Bis dahin war eine deutliche Abmagerung nicht eingetreten. Mitte Februar 1883 betrug das Körpergewicht noch 30,5 Kg. In den nächsten Wochen steigerte sich die Anorexie immer mehr, so dass gegen Ende März der Patientin nur noch ganz geringe Mengen Nahrung beigebracht werden konnten, die sie dann mit dem grössten Widerstreben und unter vielen Thränen zu sich nahm. Sie machte keinen Unterschied in den Speisen. Alles war ihr gleich sehr zuwider. Zur Herbeiführung von Stuhlgang waren mindestens 4 Decigramm Rhabarber und dazu noch Clystiere erforderlich. Patientin magerte sichtlich ab und ward so hinfällig, dass sie Anfang April fast dauernd zu Bett lag.

Mitte April wurde sie in das Rostocker Krankenhaus gebracht und bot bei ihrer Aufnahme daselbst folgenden status praesens.

Sie ist dunkelblond, für ihr Alter mittelgross. Das Gesicht zeigt frische Farben; die Lidbindehaut und die Mundschleimhaut sind blass, die Zunge ist fast rein. Aus dem Munde kommt ein an Aceton erinnernder Geruch. Der ganze Körper ist äusserst mager; die Hände sind kühl. Die Pulsfrequenz ist 60. Das Zwerchfell steht an der fünften Rippe. Das Athmungsgeräusch in der Lungengegend ist vesiculär. Die Herzdämpfung ist von normaler

Grösse; die Herz- und Arterientöne sind rein. Die Leberdämpfung reicht bis zum Rippenbogen. Die Milzdämpfung ist nicht vergrössert. Die vordere Bauchwand ist kahnförmig eingesunken.

Das Körpergewicht betrug am 15. April 20,05 Kg.

Während des Aufenthalts der Patientin im Krankenhause (vom 13. April — 10. Mai 1883) schwankte die Temperatur bei täglich 2- bis 3maliger Messung zwischen 35° 8° und 37° 0°, die Pulsfrequenz zwischen 56 und 96, die Athemfrequenz zwischen 16 und 24. Der Urin war dunkelgelb bis roth, machte oft Uratsedimente, enthielt aber sonst keine geformten Bestandtheile, war frei von Eiweiss und von Zucker und bekam (trotz des andauernd vorhandenen Acetongeruchs aus dem Munde der Patientin) auf Zusatz von Eisenchlorid keine rothbraune Färbung. Der Nachtschlaf war mit wenigen Ausnahmen ruhig und anhaltend. Auch bei Tage blieb Patientin meist im Bett, nur an einigen Tagen sass sie kurze Zeit auf dem Sopha. Sie beschäftigte sich hin und wieder mit Spielereien, liess sich auch manchmal von der Mutter vorlesen. Gewöhnlich war sie still und niedergeschlagen. Auf Befragen klagte sie öfter über ein Gefühl von Völle im Bauche; eine Auftreibung des Bauches liess sich aber niemals wahrnehmen und ebensowenig bestand eine abnorme Empfindlichkeit gegen äussern Druck auf die Magengegend.

Sie bekam täglich 3mal ein Clystier aus 2 Theelöffeln Pepton. sicc., 1 Esslöffel Wein und 2 Esslöffeln Fleischbrühe, und behielt diese Clystiere ohne Mühe bei sich. In den ersten Tagen ihres Aufenthaltes im Rostocker Krankenhause war ihr durch den Mund nichts beizubringen, als täglich 4mal $1-1^1/_2$ Theelöffel Malzextract. Vom 16. April an weigerte sie sich energisch gegen jede Nahrungsaufnahme. Am 18., 19. und 20. April wurden ihr 120—240 gr Milch, mit einem Ei verrührt, durch die Magensonde eingeflösst. Diese Methode der Nahrungszufuhr war ihr im höchsten Grade unangenehm; am 21. April verstand sie sich dazu, eine Tasse dünnen Gerstenschleim zu trinken,

und die folgenden 4 Tage nahm sie täglich 2mal, vom 26. April an 3mal, 1 Tasse voll von diesem Getränk. Vom 30. April liess sie sich ausserdem noch täglich einen Theelöffel voll geschabten Schinken aufnöthigen. Vollbäder von 29° R. Temperatur und $^1/_2$ Stunde Dauer, warme Breiumschläge auf den Bauch Salicylsäure (von einer $1^0/_{00}$ Lösung $1-1^1/_2$ Esslöffel) und später Salzsäure (5 Tropfen in 1 Esslöffel Wasser) nach den Mahlzeiten blieben ohne merklichen Einfluss auf das Befinden der Patientin. Die Defäcation wurde alle 2 Tage durch ein reichliches Wasserclystier (mittelst des Irrigators) erzielt, sie bestand aus kleinen braunen Fäcalknollen. Diese Beschaffenheit änderte sich auch nicht, als ausser den Clystieren 4 gr Natr. sulf. innerlich gegeben wurde.

Bei dem Abgang aus dem Krankenhause am 10. Mai 1883 betrug das Körpergewicht der Patientin 20,8 Kgr.

Nach der Rückkehr in's Elternhaus blieb der Zustand im Wesentlichen derselbe. Der Widerwille gegen Nahrung war so stark wie je und steigerte sich gegen Ende Mai zu dem Grade, dass die Patientin es sich als eine Gunst erbat, wieder mit der Magensonde ernährt zu werden. Aber schon nach einmaliger Anwendung dieser Methode (wobei ihr eine grosse Tasse Milch mit Ei eingeflösst worden war) entschloss sie sich wieder, selbstständig Nahrung zu sich zu nehmen, und die Sonde diente längere Zeit hindurch nur als Schreckmittel für den dann und wann eintretenden Fall absoluter Nahrungsverweigerung. Anfang Juni gelang es, der Patientin etwas mehr zuzuführen. Sie nahm 2mal täglich eine mittelgrosse Tasse Cacao mit Ei, einmal mit Ei und Milch verdünnte Leube-Rosenthal'sche Fleischsolution, einmal Malzextract mit Milch und Ei verdünnt, einmal Milch mit Zwieback, von jeder der letzten drei Speisen eine kleine halbe Tasse. Um diese Zeit wurden die bis dahin sehr festen Darmentleerungen zum Theil breiig, zum Theil sogar dünn und erfolgten mitunter spontan, dann meist von etwas Kolikschmerz begleitet; auch waren sie hin und wieder mit

grünem oder bräunlichem Schleim vermischt. Der Speichel schien reichlicher abgesondert zu werden: er lief im Munde zusammen und wurde oft ausgespuckt. Trotzdem sah die Zunge, namentlich des Morgens, öfter borkig aus und es wurde über bittern Geschmack geklagt. Die Schwäche nahm merklich zu, so dass das Aufstehen schon im Mai ganz unterbleiben musste. Im Juni wurde die Patientin bei günstiger Witterung von ihrem Bett im Zimmer in ein im Garten hergerichtetes Bett getragen, wo sie 6—7 Stunden den Tag verweilte. Die Peptonclystiere wurden gegen Ende Juni weggelassen (es waren binnen sechs Wochen 2,25 Kg. Pepton verbraucht worden.

Um Johannis nahm der Widerwille gegen Nahrung wieder zu; die Defäcation wurde wieder spärlicher und fester (alle 2—3 Tage auf 0,6 rad. Rhei und mehrere Clystiere, 3—4 kaum wallnussgrosse Knollen); die Schleimabgänge per anum blieben aus. Der Speichelfluss dagegen dauerte fort. Die Zunge war feucht und in ihrer vorderen Hälfte rein, hinten weisslich belegt. Die Haut schilferte kleienförmig ab. (Pityriasis tabescentium.)

Im Juli bestand die tägliche Nahrung aus zweimal einer mittelgrossen Tasse dünnem Milch-Cacao mit Ei, $^1/_2$ Tasse Milch mit Zwieback, $^1/_2$ Tasse aus 10 gr Carnepura bereiteter Suppe und $^1/_2$ Tasse ächtem Sago mit Fruchtsaft. Doch wurde dies Alles mit dem grössten Widerwillen genommen. Die Patientin handelte um jeden Theelöffel voll weniger oder mehr und protestirte mit grosser Energie, oft unter Jammern und Weinen dagegen, wenn — was ihrer Meinung nach sehr häufig oder eigentlich stets der Fall war — die Speise in der Tasse ein wenig höher stand. Sie war unerschöpflich im Ausdruck ihrer Abneigung gegen jede Nahrung und bezeichnete denselben als Widerwillen, Ekel, Grauen, Abscheu. Sie bat oft flehentlich, sie doch mit Nahrungsnehmen nicht so zu quälen, sondern am liebsten ganz damit zu verschonen; verhungern könne sie ja nicht, denn sie habe ja keinen Hunger. Ihre Stimmung war für gewöhnlich sehr deprimirt, oft entsetzlich trostlos

und weinerlich. Das Einzige, was ihr Lust und Befriedigung gewährte und sie ihr eigenes Leid zeitweise vergessen liess, war, Andere essen zu sehen: sie zeigte einen krankhaften Eifer, Anderen Speise zuzutheilen und aufzunöthigen, auch war sie ängstlich darauf bedacht, dass kein Krümchen Speise verloren gehe.

Der acetonartige Geruch aus dem Munde machte sich gegen Ende Juli wieder mehr bemerklich und der Speichelfluss war immer noch stark. Die Patientin klagte damals öfter, namentlich Morgens beim Erwachen, manchmal auch Nachts, über Schmerz zwischen den Rippen unterhalb der linken Brustwarze, der sich immer bald wieder verlor, aber bei Berührung dieser Stelle auch zu andern Zeiten eintrat. Hände und Füsse fühlten sich meistens kühl oder gerade zu kalt an.

Sämmtliche Krankheitserscheinungen bestanden mit ganz unbedeutenden Schwankungen ihrer Intensität während der nächsten Monate fort. Die Medicamente, welche im Laufe des Sommers nach einander zur Anwendung kamen: Acid. hydrochlor., Pepsin und Argent. nitr. zeigten nicht den mindesten erkennbaren Einfluss. Gegen Ende September trat bei der skeletartig abgemagerten Patientin Oedem der Füsse auf und verbreitete sich bald bis zur Mitte der Unterschenkel.

Am 5. October stellte sich Kitzel im Kehlkopfe ein, Anfangs nur zeitweise, allmählig anhaltender. Der dadurch hervorgerufene Husten störte den Schlaf immer mehr und machte gegen Mitte October höchstens viertelstündige Pausen. Der Auswurf war nicht Schleim, sondern nur zäher Speichel. Die Stimme blieb dabei klar und die physikalische Exploration der Brustorgane ergab überall normale Befunde. Die Temperatur der Achselhöhle betrug 36,2 °, die Pulzfrequenz 100, die Zahl der Athemzüge 24. Am 15. October verschwand fast plötzlich die Abneigung gegen Nahrung und es trat an ihre Stelle sofort ein entschiedener Appetit.

Zur Bekämpfung des Hustenreizes wurde vom 18. October an 0,0025 morph. mur. 2—4mal täglich ver-

ordnet, worauf der Husten und Auswurf innerhalb der nächsten Tage bedeutend abnahm. Aber bald stellten sich Leibschmerzen, besonders nach dem Essen, sowie dünne, meistens schleimige Stühle ein, in denen in den ersten Tagen unverdaute Speisereste sich befanden. Patientin, die jetzt sehr starken Appetit zeigte, und die Nahrung sehr schnell zu sich nahm, wurde angehalten, langsam zu essen, worauf allerdings unverdaute Speisereste in den Stühlen sich nicht wieder vorfanden; doch dauerten die dünnen Entleerungen fort, ebenso die Leibschmerzen. Gegen letztere wurden warme Breiumschläge auf's Abdomen applicirt. Der immer mehr abnehmende Husten verschwand sehr bald völlig. Die dünnen Stuhlgänge, 2—5 pro Tag, dauerten bis Mitte November fort; sie waren theils rein schleimig, theils fäculent breiig. Der gute Appetit verlor sich nicht wieder; Patientin war im Gegentheil mit der Anfangs nur vorsichtig gereichten geringen Nahrung durchaus nicht zufrieden. Die Nahrung bestand anfänglich nur aus Milch, Cacao mit Ei, einigen Zwiebacken und etwas fein gehacktem Fleisch mit Carnepurasauce. Die einzelnen Portionen wurden allmählig ziemlich gesteigert, namentlich seitdem die dünnen Stühle aufgehört und sich normale Entleerungen eingestellt hatten. So verzehrte Patientin beispielsweise am 21. November folgende Mahlzeiten:

I. Mahlzeit: Morgens 6 Uhr:
2 Tassen Milchcaffee,
$1^1/_2$ Semmeln.

II. Mahlzeit: Morgens 9 Uhr:
1 Tasse Cacao,
etwas gebratenes Fleisch,
2 Scheiben Butterbrod,
1 Biscuit,
$1^1/_2$ Theelöffel Cognac.

III. Mahlzeit: Mittags 12 Uhr:
1 Teller Suppe,
1 gebratene Taube,

etwas Apfelmuss,
2 Schnitte Semmeln,
1 Stück Kuchen,
1 Glas Samoswein,
1 Birne.

IV. Mahlzeit: Nachmittags 3 Uhr:
3 Tassen Milchcaffee,
$1^1/_2$ Semmeln.

V. Mahlzeit: Abends 6 Uhr:
1 Teller Milch mit Semmeln,
1 Ei,
1 Butterbrod.

Das Allgemeinbefinden besserte sich sichtlich. Das Aussehen wurde munterer, die Haut verlor ihre Trockenheit. Das Oedem der unteren Extremitäten wurde immer geringer und war bis Mitte November völlig verschwunden. Die Körpertemperatur (im rectum gemessen) schwankte während dieser Zeit zwischen 36,8 und 38,0, die Pulsfrequenz zwischen 92 und 124, die Respiration zwischen 18 und 24.

Am 4. November wurde Patientin zum ersten Male seit ihrem Aufenthalt im Rostocker Krankenhause wieder gewogen. Die letzte Wägung am 10. Mai hatte 20,8 Kg. ergeben. Am 4. November betrug das Körpergewicht 17,5 Kg. und nahm von da an stetig zu.

Die Zunahme betrug im November:
pro Woche 2,0 Kg.,
im December: 1. Woche 1,05 Kg.,
2. Woche 0,05 „
3. Woche 0,55 „
4. Woche 0,07 „
im Januar: pro Woche 1,05 „

so dass das Körpergewicht Ende Januar 34,15 Kg. betrug. Im Februar erfolgte keine Zunahme mehr Das Körpergewicht war also vom 4. November bis zum 31. Januar fast um das Doppelte gestiegen.

Schon einige Tage vor Weihnachten war Patientin, zuerst nur auf kurze Zeit, aufgestanden. Die in Folge des allgemeinen Marasmus und des langen Liegens sehr schwachen und in den Kniegelenken gekrümmten Beine kräftigten sich sehr schnell, so dass Patientin bereits Ende December Spaziergänge von circa 2 km Entfernung unternehmen konnte. Jetzt (Sommer 1884) ist sie ein blühendes, für ihr Alter gut entwickeltes Kind, dem man von dem langen und so schweren Krankenlager nichts mehr ansieht.

Was ist dies nun für eine Krankheit, mit der wir es in dem vorstehend beschriebenen Falle zu thun haben? — Dass es sich um eine schwere chronische Magenaffection handelt, ist auf den ersten Blick klar, welcher Art dieselbe aber sei, scheint mir nicht so leicht zu bestimmen zu sein. Bei oberflächlicher Betrachtung dürfte man am meisten geneigt sein, an chronischen Magencatarrh zu denken. Vergleichen wir aber den Symptomencomplex der Gastritis chronica mit den in unserem Falle vorhandenen Symptomen, so werden wir finden, dass beides doch deutlich von einander verschiedene Krankheitsbilder sind. Für chronischen Magencatarrh sprechen von den oben geschilderten Symptomen eigentlich nur die Appetitlosigkeit, das Gefühl von Druck und Völle in der Magengegend, ferner die Obstipation und die dann und wann leicht belegte Zunge.

Aber selbst das Wichtigste dieser Symptome, die Appetitlosigkeit, ist bei genauer Betrachtung für die Diagnose des chronischen Magencatarrhs nicht zu verwerthen Bei der chronischen Gastritis ist der Appetit bald mehr, bald weniger vermindert, manchmal nur auf gewisse, häufig pikante, Speisen gerichtet, selten vollständig verloren. In unserem Falle aber haben wir eine gleichmässig fortbestehende Appetitlosigkeit, auch nicht ein Mal tritt das Verlangen nach irgend einer Speise auf; also ein vollständiges Fehlen des Hungergefühls. Ferner ist der Verlauf ein wesentlich anderer als beim chronischen Magencatarrh. Dieser wäre bei der wenigen und leicht verdaulichen Diät entschieden in kürzerer Zeit geheilt,

der Appetit hätte sich allmählig mehr und mehr eingestellt, während hier die ganz energische Weigerung gegen jede Nahrungsaufnahme fortbestand, bis fast plötzlich mit dem Eintreten der Reizerscheinungen von Seiten des Kehlkopfes die Anorexie schwand und einem starken Verlangen nach Speise Platz machte. Auch kommt es im Verlaufe des chronischen Magencatarrhs nie zu einem so hohen Grade von Marasmus, wie in diesem Falle .,Sehr bedeutende Grade von Abmagerung und Veränderung des Hautcolorits, sagt von Niemeyer, sind stets verdächtig und machen es wahrscheinlich, dass der vorhandene Magencatarrh, wo wirklich ein solcher besteht, nur der secundäre und symptomatische Ausdruck eines ernsteren Leidens des Magens oder auch anderer Organe sein möge." Ein solches Leiden ist aber in unserem Falle nicht nachweisbar.

Dieselben Gründe, die gegen die Annahme eines chronischen Magencatarrhs sprechen, gelten auch hinsichtlich des Ulcus ventriculi. Eine solche mit grosser Regelmässigkeit andauernde Anorexie, wie sie hier bestand, wäre bei einem Ulcus, das weder Schmerzen noch Erbrechen macht, und ein solches könnte es doch immer nur sein, einfach nicht erklärlich.

Alle übrigen durch eine anatomische nachweisbare Veränderung des Magens bedingten Krankheiten (Carcinom, Ectasie etc.) können für die Diagnose unseres Falles nicht in Betracht kommen.

Aber auch als nervöse Dyspepsie in der gewöhnlichen Bedeutung dieses Namens lässt sich unser Fall nicht bezeichnen, da durch die Magenverdauung bei unserer Kranken abnorme Erscheinungen Seitens der Nerven, sei es nun des Magens oder irgend eines anderen Organs, nicht hervorgerufen wurden.

Leube sagt über die Diagnose der nervösen Dyspepsie Folgendes: „Die Diagnose der in Frage stehenden Krankheit gründet sich zunächst auf das freilich vieldeutige Symptomenbild der Dyspepsie im Allgemeinen, speciell auf das mit dem Essen in einem gewissen Zusammenhang

stehende Gefühl von Druck und Spannung im Epigastrium, Aufstossen, Uebelkeit, Unregelmässigkeiten im Appetit, Congestionen zum Kopf, Müdigkeit, Schläfrigkeit, Kopfschmerz, hypochondrische Stimmung". Es sind das alles Symptome, die meistens nach einer genossenen Mahlzeit auftreten, und zwar nicht nur am Magen selbst, sondern im Gegentheil meistens in entfernteren Provinzen des Körpers. Von alle dem findet sich in unserm Fall nichts. Unterziehen wir die Krankheitsgeschichte desselben einer vorurtheilsfreien Betrachtung, so fällt uns als Hauptsymptom in die Augen eine allmählig sich steigernde Appetitlosigkeit, die bis zum völligen Aufhören des Appetits überhaupt zunimmt und so ohne eine Aenderung Monate lang fortbesteht. Es war eben ein völliges Fehlen des Hungergefühls vorhanden und die Kranke in Folge dessen schwer oder gar nicht zu bewegen, Nahrung zu sich zu nehmen.

Hatte sie aber, sei es nun freiwillig oder mit Gewalt, etwas genossen, so war das auf ihr Befinden gänzlich ohne Einfluss und von den bei nervöser Dyspepsie Leube's nach den Mahlzeiten auftretenden Symptomen absolut nichts zu bemerken. Als nervöse Dyspepsie kann man dies Krankheitsbild also nicht ansprechen, sondern wir haben es hier mit einer Affection derjenigen Nerven zu thun, durch welche das Gefühl des Bedürfnisses nach Nahrung vermittelt wird, und dies können wohl keine andere sein, als die Magenzweige des Vagus. Die Physiologie hat allerdings noch nicht festgestellt, dass das Hungergefühl Function des Vagus ist, aber das Wenige, was wir über die Bedingungen wissen, unter denen dasselbe sich einstellt und wieder verschwindet, spricht dafür, dass es im Magen entsteht und somit nur durch eine Erregung von Vaguszweigen zu Stande kommen kann. Uebrigens liefert uns gerade dieser Fall einen sehr beachtenswerthen Beleg für die Wahrscheinlichkeit dieser Annahme. Nachdem die Anorexie $1^3/_4$ Jahr ununterbrochen angehalten hat, verschwindet sie fast plötzlich als ein krankhafter Reizungszustand im Gebiete eines andern Vagus astes, nämlich des Laryngeus

superior eintritt; denn dass der Husten, von welchem unsere Kranke gegen Mitte October befallen wurde, von einer Sensibilitätsneurose des Kehlkopfes und nicht von einer catarrhalischen Affection der Luftwege abhing, ergiebt sich mit Sicherheit aus dem negativen Resultat der physikalischen Untersuchung und dem schnellen Verschwinden auf Darreichung eines Narcoticums. Und selbst angenommen, eine leichte catarrhalische Affection der Luftwege wäre der physikalischen Untersuchung entgangen, so müsste man doch eine Complication derselben mit Hyperästhesie des Larynx annehmen, weil sonst der sehr quälende Husten nicht durch einige kleine Dosen Morphium beseitigt worden wäre.

Ausser den von der Affection des Vagus direct abhängigen Symptomen und den durch die ungenügende Ernährung bedingten Erscheinungen zeigt unser Fall noch einige andere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems, die offenbar mit jenen im Zusammenhange stehen: wir meinen die eigenthümliche psychische Verfassung, die Patientin im Höhestadium ihres Leidens darbot. Es fällt hier zunächst die energische Verweigerung jeglicher Nahrungsaufnahme auf. Denn wenn man es auch begreiflich findet, dass bei dem gänzlichen Mangel des Hungergefühls Speisen nur widerwillig genommen wurden, so ist doch eine so energische Verweigerung jeglicher Nahrung Angesichts der durch die mangelnde Nahrungsaufnahme zunehmenden Schwäche immerhin als psychisch abnorm zu bezeichnen. Und wie energisch ihre Weigerung, Nahrung zu nehmen, auf dem Höhepunkt der Anorexie war, zeigt ja der Umstand, dass sie es sich als eine Gunst erbat, mit der Schlundsonde ernährt zu werden, damit sie nur nicht essen müsse. Ebenso auffällig ist der Eifer, mit dem Patientin für die Ernährung ihrer Angehörigen und für ihre Umgebung überhaupt sorgte. Es gewährte ihr nicht nur Vergnügen, Andere essen zu sehen, sondern sie zwang sie gerade zu zum Essen; dabei achtete sie auch sorgfältig darauf, dass kein Speisetheilchen verloren gehe.

Auch verdient es hier noch Erwähnung, dass die allerersten Andeutungen einer Störung des gesunden Zustandes bei unserer Patientin in einer Veränderung ihrer Stimmung bestanden. Sie war schon einige Jahre vor dem Beginn der gastrischen Symptome oft unaufgelegt und verdriesslich.

Die übrigen Erscheinungen, welche im Laufe der Krankheit auftraten, wie Verstopfung, Abmagerung, Schwäche, abnorm niedrige Temperatur in der Achselhöhle, Kälte der Hände, Oedem der Füsse, erklären sich von selbst aus der minimalen Menge von Nahrung, die Patientin zu sich nahm. Nur der Speichelfluss, welcher auf der Höhe der Krankheit mehrere Monate hindurch bestand, gehört offenbar nicht in diese Reihe. Die Erklärung dieses Speichelflusses dürfte nicht ganz leicht sein; vielleicht beruht er auf einer abnormen Erregung der Speicheldrüsennerven, speciell der norda tympani, und diese Affection würde in Parallele zu stellen sein mit der Affection der sensiblen Kehlkopfnerven, deren Ursache dann wohl im Centralorgan zu suchen ist: doch will ich eine bestimmte Ansicht darüber nicht aufstellen.

Um nun die Diagnose genau zu präcisiren, so haben wir es im vorliegenden Falle zu thun mit einer absoluten Anorexie als Ausdruck einer Functionsstörung resp. einer Functionsaufhebung der das Hungergefühl vermittelnden Magenäste des Vagus, welche nach etwa $1^1/_2$jähriger Dauer ziemlich plötzlich aufhört mit dem Auftreten eines abnormen Erregungszustandes im Laryngeus superior. Es fragt sich nun, welches sind die Ursachen dieser Anorexie? Hysterie als solche, wie man wohl annehmen könnte, kann meiner Meinung nach nicht die Ursache sein. Es widerspricht dem einmal das Alter der Patientin. Zudem ist doch das Bild der Hysterie ein weit wechselvolleres und mannigfaltigeres, während wir in unserem Falle in der Hauptsache doch nur ein constantes Symptom, die Anorexie haben. Dagegen wird man eine gewisse neuropathische Disposition der Kranken wohl nicht in Abrede

stellen können. Drei Geschwister der Mutter haben an theils schweren, theils leichteren psychischen und nervösen Störungen gelitten. Man ist also wohl berechtigt, eine gewisse hereditäre neuropathische Belastung der Patientin anzunehmen.

Diesen Umstand, in Verbindung mit den vorher geschilderten Neurosen der Magentheile des Vagus und des Laryngeus superior, sowie den eigenthümlichen psychischen Erscheinungen der Kranken, möchte ich für genügend halten, um das ganze Krankheitsbild in das Gebiet der Neurasthenie einzureihen.

Was nun die Prognose des Falles betrifft, so halte ich sie für keineswegs besonders günstig. Denn wenn man die Möglichkeit eines Recidivs bedenkt, und wenn diese Möglichkeit in Folge der hereditären Belastung leicht zur Wirklichkeit werden kann, wenn ferner eben wieder in Folge der hereditären Disposition, wenn auch nicht diese, so doch eine andere schwere Neurose oder Psychose eintreten kann, wird man sich wohl nicht allzu sanguinischen Hoffnungen hingeben können

Die Therapie war in diesem Falle eine völlig ohnmächtige. Keins der angewandten Mittel hat einen auch nur merklichen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit ausgeübt. Ausgenommen ist nur der offenbar nicht zu verkennende Einfluss des Morphiums auf die Neurose des Laryngeus superior; aber diese trat acut auf und konnte sofort diagnosticirt und bekämpft werden, während die Neurose des Magenvagus ganz unmerklich und allmählig begann.

Soweit war diese Arbeit gediehen, und ich glaubte, nachdem ich die mir zugängige deutsche Litteratur über nervöse Magenaffectionen vergeblich nach ähnlichen Fällen durchsucht und auch in den neueren Hand- und Lehrbüchern eine Krankheitsform, wie sie in dem von mir berichteten Falle vorliegt, nicht aufzufinden vermocht hatte, der Erste zu sein, der eine derartige Beobachtung veröffentliche. Da erhielt ich die eben erschienene Arbeit Stiller's über die nervösen Magenkrankheiten Aus dieser ersehe

ich, dass nicht nur Stiller ganz ähnliche Fälle beobachtet hat, sondern dass auch die französische und englische Litteratur solche Fälle enthält, und in der Arbeit von Lasègue „de l'anorexie hysterique" habe ich das bestätigt gefunden. Die Arbeiten der englischen Autoren, Gull und Fenwick, sind mir leider nicht zugänglich gewesen.

Die letztgenannten englischen Autoren bezeichnen diese Krankheitsform als Anorexia nervosa, Stiller nennt sie Anorexia nervosa gravis, und so glaube ich auch meinen Fall bezeichnen zu dürfen. Diese Anorexie findet sich nach Stiller ausschliesslich im jugendlichen Alter zwischen dem 12.—25. Lebensjahre meist in den besseren Ständen und beim weiblichen Geschlecht.

Dazu liefert also der von mir beobachtete Fall einen neuen Beleg. Der Verlauf und die Dauer dieser Anorexie sind im Ganzen dieselben wie der bei dem von mir beschriebenen Falle. Auch eine gewisse Perversität der Psyche erwähnt Stiller, meint aber auch, dass bei diesen Fällen nicht von eigentlicher Hysterie die Rede sein könne. Das ausschliessliche Vorkommen im Jugendalter und das fast ausschliessliche beim weiblichen Geschlecht (Fenwick hat 2 Fälle bei Jünglingen gesehen) und in neuropathischen Organismen ist festgestellt, doch ist die Aetiologie nicht aufgeklärt. Die Diagnose ist, wie auch in unserem Falle, nur durch die sorgsame Ausschliessung aller mit ähnlichen Symptomen verlaufenden organischen Erkrankungen zu stellen.

Die Prognose stellt Stiller nicht sehr günstig, da Recidive und letaler Ausgang beobachtet sind.

Dagegen soll Lasègue nach Deniau unter 200 (?) Fällen keinen Todesfall gehabt haben.

Bezüglich der Therapie erwähnt Stiller, dass sie in der Hauptsache nur eine psychische und diätetische im weitesten Sinne des Wortes sein könne, doch wendet er ausserdem auch Alcoholica an, die er bei diesen Fällen für ein sehr zuträgliches, ja äusserst wichtiges Mittel hält.

Zum Schluss erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Geheimen Med.-Rath Professor Dr. Th. Thierfelder, für die freundliche Unterstützung bei dem Abfassen dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur:

Leube: Ueber nervöse Dyspepsie. Deutsches Archiv für klinische Medicin. XXIII Band.

Glax: Ueber den Zusammenhang nervöser Störungen mit den Erkrankungen der Verdauungsorgane und über nervöse Dyspepsie. Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann No. 223.

Leyden: Ueber periodisches Erbrechen (gastrische Krisen) nebst Bemerkungen über nervöse Magen-Affectionen. Zeitschrift für klinische Medicin. Vierter Band.

Beard und Rockwell: Praktische Abhandlung über Verwerthung der Electricität. 1874.

Glax: Rohitsch' Sauerbrunn in der Saison 1875.

Rosenbach: Beitrag zur Lehre von den Krankheiten des Verdauungsapparats. Deutsche med. Wochenschrift 1879.

Richter: Ueber nervöse Dyspepsie und nervöse Enteropathie. Berl. Klinische Wochenschrift 1882.

Stiller: Die nervösen Magenkrankheiten. 1884.

Lasègue: De l'anorexie hysterique. Archives générales de medicin 1873.

Fenwick: On atrophie of the stomach and on the nervous affections of the digestive organs 1880.